

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907

N°

416

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 20 juillet 1907, à 1 heure

PAR

Armand PARRICAL DE CHAMMARD

NÉPHROPTOSE

ET

SCOLIOSE RÉFLEXE

Président : M. CORNIL, Professeur.

DEBOVE, Professeur.

Juges MM.

ROBIN, Professeur.

MARION, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

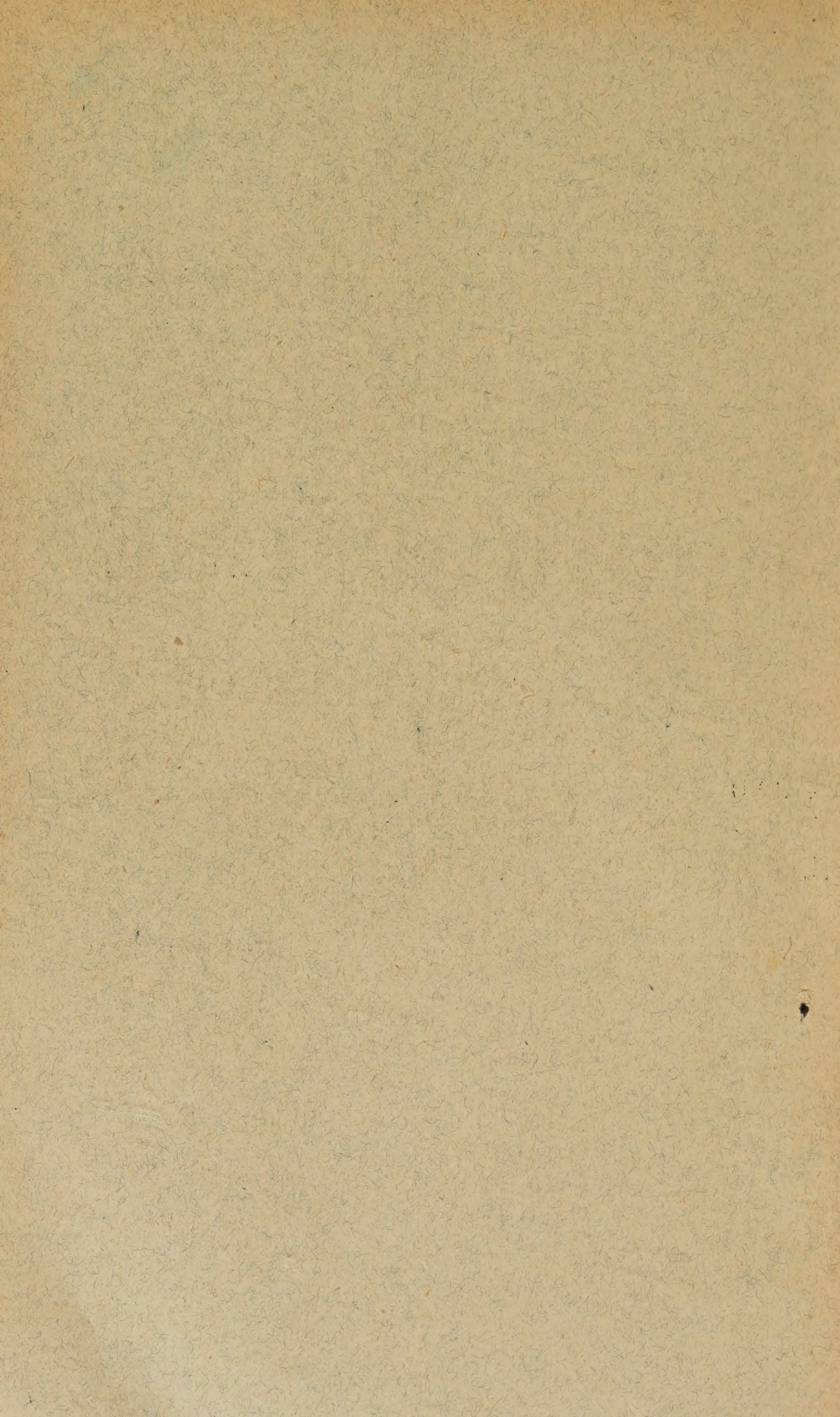
PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1907



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907

N°

416

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le samedi 20 juillet 1907, à 1 heure

PAR

Armand PARRICAL DE CHAMMARD

NÉPHROPTOSE

ET

SCOLIOSE RÉFLEXE



Président : M. CORNIL, Professeur.

DEBOVE, Professeur.

Juges MM. ROBIN, Professeur.

MARION, Agrège.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1907

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	CH. RICHET
Physiologie.....	GARIEL
Physique médicale.....	GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....	BLANCHARD.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BOUCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	HUTINEL
Pathologie médicale.....	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	
Opérations et appareils.....	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	GILBERT.
Hygiène.....	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale..	HAYEM.
Maladies des Enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.	DEBOVE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LANDOUZY.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GRANCHER.
Clinique chirurgicale.....	JOFFROY.
Clinique ophtalmologique.....	GAUCHER
Clinique des maladies des voies urinaires.....	RAYMOND.
Clinique d'accouchements.....	LE DENTU
Clinique gynécologique.....	TERRIER
Clinique chirurgicale infantile.....	BERGER.
Clinique thérapeutique.....	RECLUS.
	DE LAPERSONNE
	ALBARRAN.
	PINARD.
	
	POZZI.
	KIRMISSON
	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM	MM	MM	MM
AUVRAY.	DESGREZ.	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUPRE	LEGUEL	RENON.
BRANCA	DUVAL.	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON.	FAURE	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des
BRINDEAU.	GOSSET.	MAILLARD.	Travaux anatomiques.
BROCA André	GOUGET	MARION.	TEISSIER.
CARNOT.	JEANSELMF.	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	VAQUEZ.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

INTRODUCTION

C'est une observation de M. Dieulafoy communiquée à la Société de chirurgie de Paris qui m'a donné l'idée d'étudier les scolioses réflexes d'origine rénale et plus particulièrement d'origine néphroptique et de les rapprocher des autres scolioses réflexes qui se trouvent dans le tableau symptomatique de nombreuses affections.

Tous les cas de scoliose peuvent être divisés en deux grandes classes : scolioses primitives ou essentielles, scolioses symptomatiques.

Les premières se produisent sans lésion aucune des organes thoraciques ou abdominaux, sans inégalité primitive des membres inférieurs. Elles ont pour cause le rachitisme chez l'enfant et coexistent souvent avec d'autres déformations rachitiques (chapelet costal, genu valgum, etc...) ou bien les attitudes vicieuses trop longtemps prolongées, chez les adolescents de constitution faible.

Les scolioses symptomatiques coexistent avec une autre maladie ou lui sont consécutives.

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à nos maîtres de Clermont-

Ferrand. Que MM. les professeurs Billard, Dieulafoy et Lepetit reçoivent l'expression de notre sincère attachement.

Parmi nos maîtres de Paris, nous remercions MM. les professeurs Pinard et Raymond pour l'enseignement et les conseils éclairés qu'ils nous ont donnés.

Nous adressons à M. le professeur Cornil l'hommage de notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Laennec, Larrey, Delpech, Peyrot (1876) ont décrit des déviations consécutives à l'empyème ouvert à l'extérieur.

Gibney, en 1876, communique deux observations de scoliose réflexe, du à des abcès périnéphrétiques.

Paulet, Bloch (1877) communiquent des cas de scoliose symptomatique de lithiase rénale.

David Drummond (1879) cite un cas de courbure latérale du rachis sous l'influence d'une pleuro-pneumonie unilatérale.

Besson (1886) cite une observation d'abcès périnéphrétique avec crises douloureuses et déviations du rachis, pris pour un mal vertébral de Pott, et en 1887 fait sa thèse sur les déviations de la taille d'origine réflexe.

Texier (1887), fait sa thèse sur les scolioses sciatiques.

Grancher (1888) étudie les déviations de la taille d'origine réflexe chez les hystériques.

Nicoladoni (1886), Ballet (1887), Babinski (1888), Brisaud (1890) étudient les scolioses dans les névralgies sciatiques. De nombreuses communications ont été faites sur ce sujet, ces dernières années.

Les scolioses réflexes d'origine sciatique ont été divisées par Brissaud en scolioses homologues et croisées.

Landois (1889) fait une thèse sur les déviations du rachis en neuropathologie.

Redard (1890) étudie l'obstruction nasale, principalement par les tumeurs adénoïdes dans ses rapports avec les déviations de la colonne vertébrale et les déviations thoraciques.

Gussenbauer (1890) et Schüdel étudient la pathogénie des scolioses réflexes d'origine sciatique.

Lamy (1891) étudie les scolioses dans la sciatique.

Brunelli (1891) fait également des communications sur la scoliose dans la sciatique.

Hallion (1891-1892) fait une thèse sur les déviations vertébrales névropathiques.

Vic (1892) étudie dans sa thèse les scolioses hystériques.

Chapart (1893) traite dans sa thèse : des scolioses par obstruction pharyngo-nasale.

Kirmisson (1893) fait paraître un article sur les scolioses liées à l'existence de la paralysie infantile.

Phulpin (1895), Mirallié (1896) se sont occupés des déviations du rachis en neuropathologie.

Lassalle (1899-1900) fait sa thèse sur le diagnostic de la scoliose et ses rapports avec quelques états pathologiques.

Dieulafé (1907) fait une communication à la Société de chirurgie sur la néphroptose et la scoliose réflexe et explique la formation de la scoliose par la parésie des muscles

de la colonne vertébrale du côté correspondant au rein malade. Son observation qui a été l'objet d'un rapport de M. le professeur agrégé Broca, n'a pas suscité de discussion au sein de la Société de chirurgie. Le professeur Broca n'a pas vu de cas de ce genre.

CHAPITRE II

1

ÉTIOLOGIE DES SCOLIOSES RÉFLEXES

Les déformations du rachis, particulièrement la scoliose, peuvent survenir comme complication de l'obstruction pharyngo-nasale (hypertrophie des amygdales, végétations adénoïdes). Redard, le premier, en 1890, le prouva avec observations à l'appui.

Les déviations de la taille peuvent apparaître au cours des affections pleuro-pulmonaires ; sous le nom de scoliose pleurétique, Laënnec, Larrey, Delpech, Peyrot ont décrit les déviations consécutives à l'empyème ouvert à l'extérieur. La concavité de la scoliose, dirigée vers la plèvre qui a été le point de départ de la suppuration, tend à l'oblitération de la cavité suppurante.

DAVID DRUMMOND, en 1879, a publié la curieuse observation d'une fille qui présentait une courbure dorsale à convexité droite apparue au cours d'une congestion pleuro-pulmonaire gauche.

BESSON (*Thèse de Paris*, 1887-1888) se demande si des scolioses réputées essentielles et cédant facilement au traitement orthopédique, ne tiendraient pas à une affection de la plèvre ou du poulmon : « Le point de côté sous-mammaire des petites filles malades, souvent violent, ne peut-

il pas avoir aussi quelque influence sur la détermination des incurvations dites idiopathiques ? »

L'inflammation du psoas (P. Vogt), les tumeurs au voisinage de la région vertébrale, s'accompagnent souvent de déviations du rachis.

La scoliose cicatricielle est la conséquence de la traction exercée sur le rachis par la rétraction de la peau et des muscles, à la suite de phlegmons, de brûlures.

Deux affections opposées, le spasme et la paralysie, l'une exagération, l'autre abolition de la contractilité, peuvent être suivies de raccourcissement permanent de certains muscles et d'une inclinaison vicieuse des os qu'ils meuvent. C'est ce qui se produit dans un certain nombre de cas de paralysie infantile, étendue aux muscles du tronc. En 1893, Kirmisson a appelé l'attention sur les faits de cette nature.

Ce n'est guère que dans ces dernières années que l'étude des déviations du rachis, d'origine névropathique, a attiré l'attention des cliniciens.

HALLION (*Thèse de Paris*, 1891-1892), MIRALLIÉ, (*Revue d'Orthopédie*, 1896), apportent des cas de déviation de la colonne vertébrale en cas d'affections cérébrales, médullaires, en cas de myopathie.

LASSALLE (*Thèse de Bordeaux*, 1899-1900) a observé la scoliose dans la neurasthénie. Les muscles étant atteints de parésie généralisée ne peuvent plus aider suffisamment les ligaments à maintenir solidement les rapports des surfaces articulaires.

Dans l'hystérie, la scoliose peut se produire spontanément sans traumatisme antérieur. D'ordinaire elle se ma-

nifeste à la suite d'un coup, d'une chute ; l'intensité du choc n'a que peu d'importance : le plus souvent il s'agit d'un choc léger, minime. Les déviations sont de plusieurs ordres suivant que la contraction frappe tels ou tels muscles. La scoliose peut exister seule avec ou sans rotation du corps des vertèbres ; elle s'accompagne assez souvent d'un certain degré de cyphose (GRANCHER, LANDRY, MIRALLIÉ). La déviation occupe une grande étendue de la colonne vertébrale, la contraction des muscles immobilise toutes les articulations des vertèbres ; la déformation est surtout lombaire, la déviation primitive siège à cette région.

Dans la névralgie sciatique, la scoliose a été signalée en 1886 par ALBERT, NICOLADONI. BABINSKI en a publié cinq cas en 1888. GUSSENBAUER en relate cinq cas personnels en 1890. Depuis, de très nombreuses publications ont eu trait à cette question (HALLION, BRUNELLI, LAMY, 1891 ; FRANÇON 1893, PHULPIN 1895, etc...)

La scoliose est un phénomène à peu près constant dans la sciatique. PHULPIN l'a vue manquer une seule fois sur quatre-vingt-trois malades. L'ensemble symptomatique est toujours le même ; il s'agit le plus souvent d'hommes qui ont souffert pendant plus ou moins longtemps, des semaines, des mois ou même des années, de névralgie sciatique. L'inclinaison de la colonne vertébrale survient tantôt peu à peu, tantôt tout d'un coup.

Les affections douloureuses des ovaires et de l'utérus peuvent s'accompagner de déviations du rachis.

Dans deux cas, REDARD a noté une inflexion latérale du rachis lombaire, très prononcée, persistant pendant plusieurs mois, chez des jeunes filles atteintes de métrites dou-

loureuses, avec dysménorrhée et métrorragies, et qui ne présentaient aucun symptôme d'hystérie. Le traitement et la guérison de l'affection utérine ont été suivis de la disparition de la déviation rachidienne.

Scolioses réflexes d'origine rénale.

Les déviations de la taille d'origine rénale surviennent surtout chez les enfants, principalement vers l'âge de douze à quatorze ans, alors que la colonne vertébrale n'est pas encore arrivée à son complet développement et tend à s'infléchir sous la moindre influence. On peut les rencontrer également chez les tous jeunes enfants et chez les adultes. Elles sont aussi fréquentes chez les filles que chez les garçons.

REDARD a observé plusieurs fois des scolioses chez des employés de chemin de fer, scolioses faisant leur apparition à la suite de contusions rénales.

C'est principalement à la suite d'accès de coliques néphrétiques que ces déviations ont été notées. BESSON dans sa thèse en publie six observations.

KIRMISSON (*Manuel de pathologie externe*) dit avoir observé « un jeune homme chez lequel, à l'âge de 7 ans, la néphrite s'était accompagnée d'une flexion latérale du rachis qui avait été prise pour une scoliose incurable. Au contraire la guérison de l'affection rénale avait amené un redressement complet de la colonne vertébrale. »

PAULET, en 1877, a communiqué deux cas à la Société de chirurgie de Paris. Dans le premier cas il s'agissait d'un enfant de douze ans qui se plaignait fréquemment de dou-

leurs de ventre et surtout de reins. La colonne vertébrale semblait s'incurver légèrement. Les phénomènes douloureux, la scoliose dorsale et la saillie de la première apophyse épineuse lombaire, firent longtemps hésiter avec un mal de Pott.

L'examen des urines permit à Paulet et Verneuil de poser un diagnostic. Il s'agissait d'une lithiase urique, et les vives douleurs dont l'enfant se plaignait de temps à autres, n'étaient que des coliques néphrétiques. Après un traitement approprié, l'amélioration ne se fit pas attendre. Deux ans après la guérison ne s'était pas démentie ; la taille s'était redressée, les douleurs rénales n'avaient plus reparu.

Dans le deuxième cas (communiqué à PAULET par le docteur BLOCH), il s'agissait d'un enfant, âgé de 14 ans, qui présentait une déviation de la colonne vertébrale vers la gauche, avec saillie des deux dernières apophyses épineuses dorsales et qui fut d'abord traité pour un mal de Pott. Bloch et Paulet constatèrent que la pression sur les vertèbres n'était pas douloureuse. La douleur était au contraire augmentée par la palpation des reins, surtout du rein gauche. Le petit malade fut alors traité pour une lithiase urique. Bientôt, avec une amélioration sensible, coïncidait le redressement de la colonne vertébrale.

Besson, dans sa thèse, rapporte une observation de MARQUEZÿ, de déviation latérale de la colonne vertébrale survenue, au cours d'une lithiase rénale, chez un enfant de quinze ans, persistant pendant deux mois et disparaissant avec le traitement des accidents douloureux de la lithiase. La déviation de la colonne vertébrale formait une convexité

gauche. Elle n'apparut pas en même temps que les douleurs, mais dix jours après le début des accidents.

BESSON, en 1886, a publié une observation d'abcès périnéphrétique chez un enfant de onze ans, avec crises douloureuses et déviations du rachis, pris pour un mal vertébral de Pott. La guérison fut obtenue après l'incision de l'abcès. La déviation du rachis était sous l'influence d'une contraction ou contracture réflexe et momentanée des muscles de la masse sacro-lombaire et des muscles abdominaux. Elle disparut, en effet, au cours de la chloroformisation qui anihilait l'élément douleur, point de départ du réflexe.

Gibney a publié deux cas d'abcès périnéphrétique avec cyphose de la région dorso-lombaire chez un garçon de deux ans et chez une petite fille de dix ans.

M. Dieulafoy, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Toulouse a communiqué à la Société de Chirurgie de Paris une observation de scoliose lombaire chez une femme atteinte de rein flottant, scoliose qui a disparu à la suite de la néphropexie.

Le traitement institué pour empêcher les crises d'uro-néphrose de se reproduire, ayant fait disparaître en même temps la déviation de la colonne vertébrale, il est évident qu'il s'agissait d'une scoliose réflexe.

Cette observation a fait l'objet d'un rapport de M. A. Broca à la Société de chirurgie.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

« Néphroptose et scoliose réflexe. »

M. Dieulafé.

Mme J..., 25 ans. Mince, frêle, mais bonne santé habituelle. A eu deux grossesses : l'une il y a cinq ans, l'autre il y a deux ans. Grossesses et accouchements normaux.

Depuis la première grossesse, se plaignait fréquemment de douleurs dans les lombes. A la suite du deuxième accouchement, des douleurs vagues, sourdes, sont devenues plus fréquentes ; elles s'accompagnaient en même temps de sensations, de tiraillements dans l'abdomen.

Durant les mois de janvier et février 1906, ces divers maux s'accroissaient, le ventre se ballonnait, la marche était mal tolérée, devenait vite douloureuse.

Vers la fin de février, le volume de l'abdomen paraissait s'accroître, la malade percevait une tuméfaction dans le côté gauche, elle éprouvait en même temps de la pesanteur et des tiraillements. En même temps, le volume des urines diminuait d'une manière sensible.

Le 2 mars, elle éprouva de vives douleurs dans le côté gauche de l'abdomen, eut un frisson et la température, jusque-là normale, s'éleva à 39°5. Un médecin constate l'existence d'une tuméfaction abdominale, mobile, paraissant indépendante de la masse intestinale. C'est à ce moment que je fus appelé.

L'abdomen était légèrement météorisé ; par la palpation, je

perçus une tumeur siégeant dans la région ombilicale, à gauche de la ligne médiane. Cette tumeur était mobile, douloureuse à la pression. Par le palper bi-manuel, j'eus vite la certitude qu'il s'agissait du rein gauche ptosé, mais ce rein avait un volume anormal, il était distendu par une accumulation d'urine ; à ce moment, la malade n'émettait que 400 grammes d'urine par vingt-quatre heures. La ptose rénale s'était compliquée d'une crise d'hydronéphrose intermittente. Par la palpation profonde, on percevait, à gauche de la ligne médiane, une saillie dure à convexité gauche ; c'était la colonne vertébrale déviée dont les corps vertébraux produisaient une deuxième tuméfaction.

Le trajet de l'uretère était douloureux.

Le rein droit est en situation normale.

J'ai remis le rein en place et l'y maintins à l'aide d'une ceinture et d'un tampon de coton.

Le 4 mars, la malade urinait 400 grammes ; le 8 mars, elle en émit 800 grammes.

Le 9 mars, le rein avait repris un volume normal. Le même bandage fut laissé en place ; la malade se trouvait bien, elle se leva tout en prenant des précautions.

Le 14 mars, nouvelle crise de rétention, douleurs vives dans le côté gauche. Pendant trois jours, tous les matins, la malade eut une élévation thermique, 39° à 40°, précédée de frissons.

Je fus appelé le 17 mars et je remis le rein en place. Il était comme à la première crise, volumineux, douloureux et mobile. Le volume des urines, très fortement diminué, arriva à n'être plus que de 200 centimètres cubes.

Le 19 mars, le rein étant toujours fixé par le même bandage, je fis avec de l'eau bouillie une distension de la vessie, dans le but de provoquer par réflexe vésical la sécrétion urinaire à peu près abolie par le réflexe réno-rénal. Cette manœuvre ne donna pas de résultat immédiat. Mais deux jours après, la malade urine plus abondamment et continue ainsi les jours suivants.

Le 22 mars, le volume du rein était normal. Le bandage resta toujours en place, la malade resta dans le décubitus horizontal.

En présence de la difficulté de maintenir le rein en place et devant la facile reproduction des crises d'hydronéphrose, je décidai la malade à subir une néphropexie. L'opération eut lieu le 30 mars.

La malade n'était pas complètement endormie lorsqu'elle fut placée sur la table d'opération dans la position latérale. Je m'aperçus alors de la difformité de la colonne vertébrale, que m'avait fait soupçonner le palper abdominal. La colonne lombaire était fortement déviée, décrivant une courbe à convexité gauche. Entre la douzième côte gauche et la crête iliaque correspondante, n'existait qu'un petit espace, comblé d'ailleurs par la saillie des apophyses costiformes. Pour éviter ces obstacles, je fis le tracé de l'incision cutanée plus externe et plus oblique que celui de l'incision indiquée par Guyon. La malade n'était pas en résolution complète lorsque je fis l'incision cutanée ; cette incision ayant provoqué des mouvements, j'attendis que l'anesthésie fût complète. A partir de ce moment, je ne trouvais aucun obstacle osseux ; j'incisai les plans profonds et j'abordai le rein sans aucune difficulté. Un aide repoussait l'organe à travers la paroi abdominale, je le saisis sans difficulté, l'explorai à travers une plaie normale d'où les obstacles osseux s'étaient éloignés ; il était sain, le bassinnet ne présentait aucune trace de distension, le segment supérieur de l'uretère ne contenait pas de calculs. Je fixai l'organe à la paroi postérieure par deux fils. Un fil traversant le rein à sa partie moyenne, à un centimètre et demi du bord convexe, fut fixé par ses deux extrémités à la douzième côte ; un deuxième fil, passant par le tiers inférieur de l'organe, fut attaché au muscle carré lombaire par son extrémité postérieure, au muscle transverse par son extrémité antérieure. Une fois les deux bouts de fil mis en place, avant de serrer le nœud les unissant l'un à l'autre, je fis la suture du plan musculaire profond sur une longueur de

trois centimètres. Les fils ainsi placés appliquaient intimement le bord convexe du rein à la paroi abdominale postérieure.

J'employai une aiguille de Hashdorn et du catgut n° 3. Suture des plans musculaires. Suture de la peau avec des crins. Petit drain sous cutané.

Le jour de l'opération, quelques vomissements, agitation. Une injection d'un centigramme de morphine amène le sommeil. Pas de fièvre.

Le drain est enlevé le lendemain de l'opération. La malade s'alimente avec du lait et du bouillon le troisième jour, prend des aliments quelconques le cinquième jour.

Elle éprouve toujours une douleur dans le côté gauche : par la palpation, on perçoit le trajet de l'uretère gauche douloureux. Après l'opération, le volume des urines est progressivement de 400, 500, 600, pour arriver à 900 centimètres cubes, taux à peu près normal pour cette malade.

Les urines contiennent le lendemain de l'opération des globules rouges et blancs altérés. Le troisième jour elles deviennent claires, tandis qu'avant l'intervention elles étaient troubles.

Les points cutanés sont enlevés le huitième jour.

La douleur persistant, je fis boire à la malade de l'eau de Gantiès à dose d'un litre par jour ; elle constate vite une amélioration. Les douleurs urétérales disparaissent.

Une vingtaine de jours après l'opération, j'explore la colonne vertébrale de la malade ; elle est devenue rectiligne. D'ailleurs par le palper abdominal on ne sent plus la saillie des corps vertébraux à gauche de la ligne médiane.

À l'heure actuelle, quatorze mois après l'opération, le rein est fixé en situation normale. Il n'est pas augmenté de volume, pas douloureux. La malade éprouve des sensations de tiraillement dans tout l'abdomen, elle a souvent du météorisme ; ces malaises sont des troubles de ptose intestinale. La malade porte constamment en dehors du décubitus horizontal, une ceinture abdominale.

La colonne vertébrale est rectiligne.

Nous reproduisons quelques observations dans lesquels la scoliose réflexe a une origine rénale et résulte du même mécanisme qu'en cas de ptose.

Lithiase urique avec coliques néphrétiques et déviation spasmodique de la taille (Paulet. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1877).

A. L..., âgé de 12 ans, enfant délicat, un peu lymphatique, né de parents bien portants (la mère émettait assez souvent des urines très sédimenteuses). Dans le courant de l'été de 1874, A. L... se plaint fréquemment de douleurs de ventre, d'estomac et surtout de reins ; il maigrit, devient pâle, en même temps que sa colonne vertébrale semble s'incurver légèrement. On consulte le docteur B... qui, voyant les yeux de l'enfant cernés et ses pupilles dilatées, soupçonne l'existence de vers intestinaux et prescrit la santonine.

Le docteur B... ajoute que si la santonine ne détermine pas l'expulsion des parasites, c'est qu'il s'agit non plus d'une affection vermineuse, mais d'un mal de Pott, auquel cas on devra faire cesser à l'enfant toute espèce d'exercice, le condamner au repos absolu et le soumettre à un régime tonique, au lacto-phosphate de fer, etc...

La santonine ne produisit aucun effet et les parents de A. L... le conduisirent à un de nos plus illustres professeurs qui diagnostiqua une scoliose et prescrivit l'huile de foie de morue, les dragées Rabuteau, le lacto-phosphate de chaux, moyens auxquels devait être ajouté l'usage d'un corset baleiné.

M. Verneuil fut consulté ensuite : il ne constata ni mal de Pott, ni scoliose, mais il ne se prononça pas d'une façon formelle sur la nature de l'affection dans ce premier examen.

Puis ce fut le tour de l'un de nos distingués confrères des hôpitaux, dont l'opinion fut sans doute qu'il s'agissait d'une carie vertébrale, car il prescrivit le repos, un régime fortifiant, l'huile de foie de morue, l'iodure de fer, l'eau de Bussang, les bains sulfureux.

Enfin, de consultation en consultation, on en vint à me demander mon avis, au mois de décembre de la même année. Je trouvai l'enfant pâle, ayant même une teinte terreuse et comme cachectique, avec un peu de bouffissure de la face. La portion dorsale du rachis était légèrement incurvée, avec concavité tournée à droite, mais on ne trouvait dans les autres régions aucune courbure de compensation. Saillie de la première apophyse épineuse lombaire ; mais une pression assez énergique exercée tant sur cette apophyse que sur toutes les autres ne provoquait la moindre douleur en aucun point. Au contraire, une pression moins forte sur les parties latérales de la région lombaire déterminait une vive douleur plus accusée à droite qu'à gauche. En présence de ces symptômes et après avoir examiné soigneusement la cavité abdominale sans y trouver la moindre trace d'abcès par congestion, je n'hésitai pas à déclarer que l'enfant n'avait pas de mal de Pott ; seulement je fus un peu plus embarrassé, je l'avoue, quand il s'agit de dire ce qu'il avait, et je demandai à revoir le petit malade en compagnie de M. Verneuil, avec qui je m'étais trouvé d'accord pour nier l'existence d'une carie vertébrale, et grâce à qui je comptais arriver à formuler un diagnostic positif.

Dans cette seconde consultation, nous tombâmes bien vite d'accord pour éliminer toute affection du rachis ; mais je restais encore indécis, lorsque M. Verneuil, appelant mon attention sur le caractère particulier de la douleur lombo abdominale, me dit que nous pourrions bien avoir affaire à une maladie de reins, et m'engagea en conséquence à examiner les urines, tant au point de vue chimique qu'au point de vue histologique.

Je procédai dès le lendemain à cet examen et voici ce que je constatai :

L'urine était trouble, jumentouse. Après l'avoir abandonnée au repos pendant trois quarts d'heure environ, elle laisse déposer un sédiment extrêmement abondant, représentant à peu près un cinquième de la quantité que l'on m'avait envoyée. La

partie liquide examinée après décantation, avait une coloration normale sans teinte particulière ; elle était fortement acide et d'une densité relativement élevée (1.026) ; elle ne contenait ni sucre, ni albumine. Quant au dépôt, il était entièrement constitué par des urates.

Cette fois le diagnostic n'était plus douteux, il s'agissait bien là d'une lithiase urique, et les vives douleurs dont l'enfant se plaignait de temps à autres n'étaient que des coliques néphrétiques. Le traitement était tout indiqué ; nous prescrivîmes l'exercice, la gymnastique, un régime un peu azoté, les bains alcalins et l'eau de Contrexéville.

Sous l'influence de ces moyens, l'amélioration ne se fit pas attendre, les urines devinrent limpides, les forces revinrent, les crises douloureuses diminuèrent d'intensité, puis disparurent définitivement ; enfin je cessai de voir le petit malade au mois de mars 1875, le considérant comme à peu près guéri, et après avoir recommandé aux parents de le conduire à Contrexéville.*

Je l'ai revu au mois d'avril dernier, c'est-à-dire deux ans après ma dernière visite, la guérison ne s'est pas démentie, la taille s'est redressée, les douleurs rénales n'ont plus reparu.

Lithiase unique avec coliques néphrétiques et déviation de la taille, prise et traitée pour un mal vertébral de Pott.
(Docteur Bloch. Communiquée à la Société de chirurgie par M. Paulet, 1877.)

Fernand L..., âgé de 11 ans, lymphatique, sans manifestations strumeuses. actuellement obèse. né d'un père rhumatisant ; plusieurs névralgies sciatiques. entéralgies et diarrhées fréquentes, migraines, douleurs musculaires et articulaires ; et d'une mère également arthritique : névralgies intercostales, diarrhées rebelles, urines chargées d'urate, coliques néphrétiques.

L'enfant a eu, à l'âge de 6 ans, des douleurs de reins qui l'ont forcé à garder le lit pendant quinze jours.

Il a été traité à cette époque par des applications irritantes, comme pour une douleur rhumatismale.

Ces accidents ne reparaissent que trois ans plus tard, vers le mois de janvier 1875.

Les douleurs sont très violentes. L'enfant se rappelle et me raconte qu'en classe il se tordait sur son banc.

Il maigrissait, il avait peine à marcher longtemps, on s'aperçoit qu'il se tient mal. Le traitement consiste, comme la première fois, en emplâtres, liniments excitants, etc...

En juin 1875, le père du malade, inquiet de la persistance de l'affection, de l'amaigrissement, de la déviation de la taille de son fils, écrit au médecin du collège d'examiner son enfant nu.

Le docteur M... se rend à cette demande, il répond immédiatement qu'il faut venir chercher le malade sans retard et le conduire chez le docteur B..., disant qu'il a constaté une déviation de la colonne vertébrale, causée par une affection osseuse avec saillie de deux apophyses épineuses.

On consulte le docteur B..., qui affirme l'existence du mal de Pott, ordonne un repos absolu, des phosphates, une alimentation fortement tonique, un corset, etc.

Le docteur de S..., consulté presque en même temps, porte le même diagnostic et indique un traitement semblable, à cette différence près, que le repos qu'il impose est un peu moins sévère que dans la consultation du docteur B...

C'est à cette époque que je vois l'enfant pour la première fois. Je constate aisément la déviation de la colonne vers la gauche, et la saillie des deux dernières apophyses épineuses dorsales.

La pression sur les vertèbres n'était pas douloureuse et ne l'a jamais été. Les douleurs spontanées étaient peu vives, mais la faiblesse était grande, ainsi que la difficulté de la marche et même de la station debout.

Tout en rassurant les parents et en leur faisant espérer qu'il ne s'agissait pas du mal de Pott, j'avoue que devant l'autorité des deux chirurgiens qui avaient donné leur avis, je restais fort perplexe. N'ayant pas assisté à une attaque de douleur vive, je ne savais à quoi attribuer le mal, et la seule pensée qui me vint, était que nous avions affaire à une déviation par contracture musculaire. L'enfant fut réduit à l'immobilité, et resta couché presque absolument pendant 18 mois.

Il n'eut pas de douleurs tout ce temps et engraisa peu à peu, son appétit se maintint excellent, on le conduisit plusieurs fois chez le docteur B... La déviation semblait s'atténuer peu à peu, ce que l'honorable chirurgien attribuait au traitement.

En décembre 1876, sans cause appréciable, survinrent de nouvelles douleurs, d'abord sourdes et qui augmentaient lorsqu'on promenait l'enfant en voiture, seul exercice qui lui fût permis.

Le docteur B... attribua le retour des accidents à un relâchement dans le régime qu'il avait prescrit et maintint son diagnostic. Les douleurs, malgré un repos plus rigoureux qu'e jamais, durèrent tout le mois.

On m'appela vers la fin de décembre. J'examinai l'enfant, je constatai de nouveau l'insensibilité des vertèbres proéminentes, l'absence de douleur ou de gonflement dans les fosses iliaques, et j'attribuai le mal à des coliques néphrétiques. J'ordonnai l'eau de Contrexéville, et je parlai de bains qu'il serait utile de commencer bientôt, malgré la proscription formelle du docteur B...

Les douleurs diminuèrent assez rapidement, on me rappela vers la fin de janvier 1877. L'enfant souffrait horriblement. Il ne pouvait faire aucun mouvement, il avait perdu entièrement l'appétit et le sommeil.

J'affirmai de nouveau et résolument le diagnostic. coliques néphrétiques ; je prescrivis l'eau de Contrexéville à prendre d'une façon régulière, l'application de chloroforme sur les reins et, devant l'hésitation anxieuse de la famille, décidé à

chercher cette fois un arbitrage sans réplique, je priai M. le professeur Verneuil de venir examiner mon malade.

La consultation eut lieu le 24 janvier.

M. Verneuil fit asseoir l'enfant dans son lit, ce qui fut difficile à obtenir, et causa de grandes souffrances au petit malade ; le moindre mouvement le faisait gémir.

La palpation des reins, du rein gauche surtout, donna un résultat saisissant ; l'enfant poussant un cri à la moindre pression. Inversement aucune douleur aux apophyses épineuses, pas plus qu'en avant dans la profondeur des fosses iliaques.

A la suite de cet examen, M. Verneuil affirma que la colonne vertébrale était intacte et que tout le mal venait des reins, du rein gauche surtout, qu'il fallait donc cesser immédiatement tout traitement d'un prétendu mal de Pott, et qu'après l'examen des urines (je ne trouvai à l'analyse que des urates), il fallait instituer le traitement de la lithiase existante.

Il me conseilla de faire des injections hypodermiques de morphine, de continuer les applications de chloroforme, l'eau de Contrexéville, de commencer les bains alcalins, l'eau de Vichy, s'il s'en présentait l'indication spéciale après analyse, d'interrompre le régime tonique de l'enfant, et de lui faire faire des promenades progressives aussitôt que possible et des exercices gymnastiques, après cessation de l'accès.

Les douleurs vives cédèrent rapidement. La gêne persista pendant une quinzaine et durait encore lorsque M. Verneuil revint au bout de ce temps.

Cette fois, il amenait avec lui M. le professeur Paulet. Ils avaient été déjà témoins ensemble d'un cas semblable.

J'ai revu le petit malade. Il va rentrer au collège, il ne porte plus de corset. La taille est à peu près redressée, l'urine est claire, l'obésité causée par l'immobilité diminue peu à peu.

Le traitement est continué avec des repos de plus en plus longs.

Abcès périnéphrétique avec crises douloureuses et déviations du rachis, pris pour un mal vertébral de Pott. Incision. Guérison. (Besson. *Gazette médicale de Paris*, octobre 1886.)

Ernest X..., 11 ans, tempérament lymphatique. Né d'un père et d'une mère rhumatisants.

En mai et juin 1883, l'enfant éprouve une fatigue générale : il se plaint de lassitude surtout en sortant de classe. Son appétit diminue, il perd son entrain au jeu et éprouve une certaine lourdeur dans les jambes. Examiné à cette époque par le médecin de la famille, il est soumis à deux reprises différentes au traitement hydrothérapique, mais ce traitement ne produit pas le résultat espéré et semble, au contraire, aggraver cet état de lassitude générale. L'enfant est très fatigué à la fin de l'année scolaire et pendant la première partie des vacances ; son état ne s'améliore qu'au mois de septembre.

En octobre 1883, l'enfant rentre au lycée Condorcet. Peu de temps après la rentrée, il fait une chute sur les reins en sortant de classe. Peu après cette chute, il éprouve un malaise général qui l'oblige à s'absenter du lycée.

Le 25 décembre 1883, la fièvre fait son apparition ; les accès commencent tous les soirs à quatre heures et demie pour se terminer vers sept heures. Ils durent plusieurs semaines.

Au mois de février 1884, apparition d'un point douloureux d'abord mal déterminé ; en percutant un peu en dehors de la première vertèbre lombaire et de la douzième dorsale à gauche, on détermine une violente douleur. On applique des pointes de feu sur le point douloureux sans arriver à un résultat satisfaisant.

En même temps que ce point douloureux, apparition d'un point pleurétique du côté droit qui persiste jusqu'au mois de septembre 1884.

27 août 1884. Douleurs très vives du côté des reins, ces dou-

leurs durent de sept heures du soir à une heure du matin. L'enfant est couvert de sueur ; il éprouve de légers frissons, la douleur s'irradie le long des uretères de la région lombaire à la région inguinale.

Dans la première semaine de septembre, douleurs semblables aux précédentes de sept heures du soir à deux heures du matin ; l'enfant était alors en province, le médecin qui le soignait attribuait ces douleurs à des coliques néphrétiques. A la suite de ces crises douloureuses l'enfant se courbe tout à coup en marchant. Le lendemain apparition de sable jaune dans les urines, les douleurs cessent, l'enfant se redresse et marche sans fatigue.

7 septembre. Il fait une course de 6 kilomètres sans éprouver la moindre fatigue, le 8, fait de la gymnastique. Le 9 septembre, les douleurs reparaissent, l'enfant se courbe en deux, son attitude ressemble à celle des vieux paysans qui ont longtemps travaillé la terre.

Vers la fin du mois de septembre, la mère du petit malade s'aperçoit que la colonne vertébrale se mettait en cyphose dans la région lombaire.

20 octobre. L'enfant était dans les environs de Bourges, on le conduit chez un médecin de cette ville, le docteur D..., qui porte le diagnostic mal de Pott.

Quelques jours après, le petit malade revient à Paris. Il est courbé en deux, les apophyses épineuses des vertèbres lombaires font une saillie assez prononcée en arrière sur la ligne médiane. La colonne vertébrale n'est point douloureuse à la percussion ; il existe seulement un point douloureux à la partie supérieure de l'échancrure costo-iliaque gauche, un peu en dehors de la colonne. L'enfant présente une légère rétraction de la cuisse gauche, sa marche rappelle celle des malades atteints de sciatique ; la cuisse est légèrement fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse.

4 novembre. Le malade a de nouveau des douleurs très vives du côté des reins avec irradiation le long des uretères.

Le 9, l'enfant se met au lit et y reste pendant environ trois semaines.

Au bout de quelques jours de repos, la colonne vertébrale, qui était restée jusque là en cyphose se met tout à coup en scoliose à droite, dans son tiers inférieur d'une façon très notable. Le lendemain elle reprend sa position primitive et, à partir de ce moment, varie fréquemment de position.

L'enfant marche avec difficulté surtout le matin au lever, on trouve alors une scoliose droite assez prononcée, avec un peu d'exercice, la marche devient plus facile.

Au commencement de 1885 surviennent de nouveau, pendant une journée entière, de très vives douleurs du côté des reins. L'état général, qui avait été jusqu'alors satisfaisant, commence à s'altérer ; le malade perd l'appétit, il a de légers frissons le soir avant de se coucher. Il présente un point douloureux assez marqué au niveau du triangle de J.-L. Petit.

20 janvier. Il existe un certain empâtement à ce niveau.

Le 27, au lever de l'enfant, on constate la présence d'une grosseur assez volumineuse toujours au même niveau. Le lendemain la grosseur avait disparu.

Trois jours après, sortie en voiture ; l'enfant marche pendant quelques minutes, se trouve très bien, son dos est souple, la colonne est dans sa rectitude normale. Le lendemain matin, réapparition de la grosseur qui augmente graduellement.

4 février. En examinant le malade, les deux mains placées l'une en avant, l'autre en arrière de l'échancrure costo-iliaque gauche, nous parvenons à sentir de la fluctuation en arrière, au niveau du triangle de J.-L. Petit.

Il y a en même temps un peu de douleur dans la fosse iliaque gauche, ce qui nous donne à penser que nous avons affaire à un abcès périnéphrétique, à marche lente, venant faire saillie en arrière dans la région lombaire.

Le 14 février, M. Bouilly, chirurgien des hôpitaux vient voir le malade. Il percute tout le long de la colonne vertébrale sans provoquer la moindre douleur. Au contraire, quand on appli-

que légèrement, la main du côté du rein gauche, le malade accuse de vives douleurs.

Du côté du rein droit, pas de douleurs, non plus que du côté des apophyses épineuses de la région lombaire. La colonne vertébrale qui est en scoliose droite, est très mobile et ne présente en rien la raideur caractéristique qu'elle offre dans le mal de Pott. Il n'y a pas de pus dans les urines.

A la palpation, M. Bouilly perçoit de la fluctuation en arrière dans la région lombaire, et en avant dans la fosse iliaque gauche.

17 février. Une ponction exploratrice est faite avec l'appareil Dieulafoy et on retire environ un demi-litre de pus.

26 février. L'abcès est incisé. Le doigt introduit profondément dans la plaie reconnaît que les vertèbres voisines, l'os iliaque et le rein gauche sont sains.

30 mars. La plaie est en partie fermée ; la colonne vertébrale, qui était restée en scoliose pendant les quatre ou cinq premiers jours qui ont suivi l'opération, est dans sa rectitude naturelle. La santé générale est excellente.

10 avril. Le malade est en état d'être transporté à la campagne.

Dans le courant du mois d'août, les crises douloureuses du côté du rein font leur réapparition, la colonne vertébrale s'incurve de nouveau dans la région lombaire ; mais au bout de quelques jours, les douleurs disparaissent et tout rentre dans l'ordre.

Au mois de septembre, l'enfant marche comme tout le monde, il se tient droit, la santé générale est excellente. Nous avons revu cet enfant à plusieurs reprises différentes : en janvier 1886, en juillet de la même année, et dans le courant de 1887 ; aucun des accidents signalés au cours de notre observation n'a reparu.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. SCOLIOSES REFLEXES HOMOLOGUES ET SCOLIOSES REFLEXES CROISÉES

Il y a lieu d'établir deux subdivisions dans le cas où le côté de la lésion organique est spécifié, suivant que la concavité siège ou non du côté de la lésion. Dans un premier groupe de faits (Besson, David Drummond, Lamy : abcès périnéphrétiques, affections pleuro-pulmonaires, quelques cas de sciatique) le côté de la lésion correspond à la concavité de la scoliose.

Dans un deuxième groupe (Brunelli, Lamy, Dieulafoy : néphroptose, la majorité des cas de sciatique) la colonne vertébrale s'incline du côté opposé à la lésion.

La déviation latérale du rachis est une complication assez fréquente de la sciatique. C'est une attitude instinctive que prend le malade pour éviter la douleur autant que possible, en faisant porter tout le poids de son corps sur le membre sain, c'est-à-dire en inclinant le tronc de telle façon que la verticale du centre de gravité passe par la plante du pied de ce côté. C'est ce qui a lieu, en effet, dans la majorité des cas, mais non dans tous. L'attitude inverse, inclinaison du rachis vers le côté malade, a été rencontré beaucoup plus rarement, il est vrai. Brissaud désigne ces

deux formes sous les noms de scoliose croisée et scoliose homologue.

On peut décrire une troisième forme, la scoliose alternante ; elle n'est qu'une variété des précédentes, les observations sont peu nombreuses. Remak, Ch. Fopp ont publié des cas de malades atteints de sciatique, qui pouvaient à volonté incliner le tronc à gauche et à droite, et pour diminuer la souffrance, transformer la scoliose croisée en scoliose homologue.

Nous n'insisterons pas davantage sur les scolioses alternantes, ne pouvant en décrire d'origine rénale. Seules les scolioses croisées et homologues nous intéressent.

La scoliose croisée (Brunelli, Lamy, Dieulafoy) est la mieux connue et la plus fréquente. Sa concavité est tournée vers le côté sain. Brissaud l'a observé dix fois contre trois scolioses homologues. Françon trouve, dans les observations publiées jusqu'en 1893, dix-sept scolioses homologues pour cinquante scolioses croisées. Sur quatre-vingt-deux cas de scolioses sciatiques, Phulpin signale soixante-quatorze fois la scoliose croisée, cinq fois la scoliose homologue et trois fois la scoliose alternante.

Cette forme, de beaucoup la plus importante, fait partie de l'attitude bien décrite par Babinski des malades atteints de sciatique, quand on les examine debout et à nu : inclinaison du tronc du côté opposé à la sciatique ; rebord costal très rapproché de l'os iliaque ; la plante du pied du côté malade repose sur le sol par toute sa surface. Parfois, surtout si le sujet est obèse, la courbure de la crête épineuse se voit mal, mais on a un signe toujours facile à apprécier, sur lequel Babinski et Brissaud ont attiré l'at-

tention, c'est la diminution de l'espace qui sépare les fausses côtes de l'os iliaque, espace que l'on doit mesurer dans la ligne verticale axillaire et que P. Richer appelle la hauteur du flanc. Dans les cas marqués, cette hauteur est diminuée de moitié et la peau fait à ce niveau des plis.

Brissaud est le premier qui ait décrit des cas de sciatique où le malade inclinait le corps du côté où il souffrait ; il en observa lui-même trois cas : une quinzaine d'autres ont été publiés depuis (Lamy, Bouchaud, Albert, Higier, Phulpin, Dupont, etc...). L'attitude est alors sensiblement inverse des cas précédents, la convexité de la courbure regarde le côté sain.

Les déviations latérales de la taille survenant au cours d'affections rénales doivent être divisées comme les déviations survenant au cours d'une sciatique en homologues et croisées.

L'observation IV citée par Besson dans sa thèse relate un cas de scoliose homologue faisant son apparition au cours d'un abcès périnéphrétique. L'abcès périnéphrétique siégeait à gauche, la scoliose était à convexité droite.

Dans l'observation de néphroptose que nous a communiquée M. Dieulafé, la scoliose est croisée : le rein gauche est mobile, la scoliose est à convexité gauche.

Les scolioses réflexes peuvent siéger à la région dorsale, dorso-lombaire ou lombaire selon qu'elles sont la conséquence d'une sciatique, d'une affection thoracique ou rénale. La scoliose peut coexister avec un léger degré de cyphose.

Contrairement à ce qui existe dans les cas de scoliose rachitique, on n'observe pas de lésions osseuses pas plus

pelviennes que vertébrales, le bassin ne présente guère de modifications.

« Cependant, écrit Kirrison, dans les scolioses très prononcées quand il s'agit de scolioses lombaires à convexité gauche, ou dorsales à convexité droite, on voit se produire une obliquité du bassin telle que le diamètre oblique est allongé de gauche à droite, raccourci, au contraire, de droite à gauche. L'obliquité du bassin est donc dirigée en sens inverse de celle du thorax. »

Dans les premiers temps de la déformation, les muscles ne présentent pas de modifications appréciables ; c'est seulement dans les scolioses très prononcées et très anciennes qu'on trouve l'atrophie et la dégénérescence graisseuse des muscles surtout marquées du côté de la convexité.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

L'observation de néphroptose et scoliose réflexe que nous a communiquée M. Dieulafé entre en série avec les scolioses réflexes où l'attitude vicieuse a pour but de soulager certaines douleurs viscérales. Dans notre étude de l'étiologie des scolioses réflexes, nous en avons vu d'associées aux affections pleuro-pulmonaires, aux coliques néphrétiques, aux abcès périnéphrétiques. Mais dans la littérature médicale, on ne trouve pas de cas relatifs à la néphroptose. Il s'agit donc d'un fait exceptionnel. Il paraît plus vraisemblable à M. Dieulafé d'admettre que des cas analogues sont restés inaperçus.

Presque toutes les observations de scoliose consécutive à des coliques néphrétiques ou à des abcès périnéphrétiques (observations de Kirmisson, Besson, Marquezy, Paulet, Bloch) ont trait à des enfants de 2 à 14 ans. Dans l'observation de M. Dieulafé, il ne s'agit plus d'un enfant, mais d'une femme adulte, nerveuse, de constitution délicate, ayant eu deux grossesses, qui, atteinte de rein flottant a eu plusieurs crises d'hydronéphrose et chez laquelle la

colonne vertébrale s'est déviée en décrivant une concavité du côté opposé à celui de la lésion.

De nombreuses théories ont été proposées pour expliquer le mode de production de la scoliose essentielle. Trois théories (musculaire, ligamenteuse, osseuse) furent tour à tour émises.

« Il y a cinquante ans, l'école gymnastique française attribua la déviation latérale de l'épine non rachitique, à l'action irrégulière des muscles du rachis, et parut admettre une première période de scoliose dans laquelle les courbures n'étaient maintenues que par l'action prédominante de certains muscles.

Plus tard la rétraction musculaire fut présentée comme la cause unique des déviations non rachitiques ; on s'appuyait principalement sur ce qu'on avait observé sur des monstres.

Les médecins allemands ont repris la théorie de l'action prédominante des muscles mais en la retournant, en rapportant comme fait primitif, un relâchement, une relaxation des muscles d'un côté, ce qui entraînerait la prédominance des muscles opposés. » (Bouvier et P. Bouland.)

Nous ne chercherons pas à admettre ou à réfuter les théories données pour expliquer la formation de la scoliose essentielle.

Nous nous bornerons à étudier la pathogénie des scoliozes réflexes et nous avons surtout des documents pour celles qui sont d'origine sciatique et rénale.

D'après Lamy (*Revue d'orthopédie*, 1891), il n'est pas besoin de démontrer que la scoliose croisée d'origine sciatique est le résultat d'une action musculaire. La façon dont

elle se produit, sa marche parallèle d'une façon générale à celle des symptômes douloureux, sa disparition complète dans la majorité des cas, coïncidant avec la guérison de la sciatique, prouvent bien qu'il n'y a rien là de primitivement articulaire. D'ailleurs on peut la corriger tout à fait sous le chloroforme. Mais alors comment expliquer sa persistance dans certains cas après la guérison radicale de la névralgie ?

L'explication donnée par Charcot et Badinski et les arguments fournis par Brissand à l'appui méritent d'être reproduits : « La prédominance des muscles du côté sain qui entraînent le tronc ne peut résulter que de trois ordres de causes. Ou bien il s'agit d'une paralysie des muscles du côté malade ; ou bien les muscles sains sont dans un état de tonicité exagérée, en d'autres termes, ils sont en imminence de contracture ; ou bien ils agissent par le fait d'une contraction simple. »

La première hypothèse ne demande même pas à être réfutée ; il est facile de s'assurer que les muscles du côté malade ne sont pas paralysés. La seconde est en contradiction avec les lois physiologiques connues. On ne peut admettre qu'une névralgie sciatique détermine l'apparition de la contracture dans des muscles indépendants de ce nerf et siégeant du côté opposé. C'est donc à une contraction simple qu'il faut rattacher la déviation latérale. Mais par l'effet de cette contraction soutenue, les muscles ne tardent pas à atteindre cet état voisin de la contracture que Duchenne a décrit sous le nom de spasme fonctionnel, et ainsi l'on s'explique que l'inclinaison du tronc puisse persister après la disparition des douleurs. D'ailleurs, Debove

n'a-t-il pas fait cette ingénieuse remarque, que lorsqu'on supprime momentanément la douleur chez les malades atteints de sciatique, par une pulvérisation de chlorure de méthyle, ceux-ci gardent l'appréhension, et n'osant répartir le poids du corps également sur les deux jambes, conservent leur attitude. A cette cause vient s'ajouter parfois l'atrophie des muscles du côté primitivement malade, atrophie qui peut s'étendre au-delà de la sphère de distribution du sciatique, suivant la remarque de Brissaud, et qui n'est pas sans analogie avec celle qui succède aux arthropathies.

Par contre, l'hypertrophie des muscles en activité permanente peut s'observer et contribuer pour sa part à immobiliser la déformation.

Enfin Babinski admet que des rétractions fibreuses peuvent rendre définitive et indépendante de l'action musculaire, l'attitude qui, au début, n'était due qu'au spasme, à l'exemple de ce qui se produit parfois dans les contractions spasmodiques de date ancienne, ainsi que Charcot l'a démontré (*Progrès médical* 1887).

Dans la scoliose réflexe croisée, nous admettons avec Schüdel qu'il y a parésie des muscles du côté malade et que par contraction simple, sans même que le spasme intervienne, la colonne s'incline vers le côté sain. Cette explication est facile à admettre pour la scoliose sciatique ; en effet, Schüdel a trouvé par la dissection une branche venant du deuxième nerf sacré, passant par le premier trou sacré postérieur et se rendant à la masse sacro-lombaire. Pour lui, l'existence de ce filet explique comment la névralgie sciatique peut, à elle seule, amener une parésie du muscle et un départ de déviation de la colonne

vertébrale, le muscle du côté opposé entraînant le tronc de son côté.

Güssenbauer est d'accord avec Schüdel pour attribuer la scoliose à une affection musculaire ; mais il pense qu'il faut faire jouer un rôle à la distension des muscles et des nerfs.

Pour Laquer, les nerfs sensitifs émanés du plexus sacré traversent la masse sacro-lombaire ; en cas de névralgie, ces masses en se contractant, déterminent des douleurs, d'où leur relâchement. Sachs croit que la névralgie s'étend du sciatique au plexus sacré et de là au plexus-lombaire, et détermine par le mécanisme exposé plus haut l'impotence des muscles innervés par le plexus lombaire, notamment du carré des lombes, de la masse sacro-lombaire et du psoas.

Dans l'observation de M. Dieulafé, de scoliose liée à la néphroptose, les crises douloureuses qui s'accompagnent de phénomènes inflammatoires avec ascensions thermiques, ont provoqué de la parésie des muscles sous-jacents et ceux du côté opposé prédominants n'ont fait qu'exagérer la courbure lombaire à concavité droite qui existe normalement.

Cette genèse de la scoliose est tout à fait d'accord avec la théorie allemande qui suppose, comme fait primitif, un relâchement des muscles d'un côté, ce qui entraînerait la prédominance des muscles opposés.

D'après les faits de scoliose réflexe dont je donne l'indication, il y a lieu de considérer tantôt une parésie des

muscles du côté malade et une contraction simple de ceux du côté sain (scoliose, réflexe croisée) tantôt et directement un spasme, une contracture des muscles du côté malade (scoliose réflexe homologue). Quant à la cause de ces variations, elle paraît difficile à déterminer.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Lorsque la déviation latérale du rachis est très prononcée, lorsqu'elle se complique des déformations auxquelles donnent naissance la torsion des côtes et l'adjonction des courbures secondaires, le diagnostic ne présente pas en général de difficultés. Si l'on est appelé au contraire à examiner le mal tout à fait au début, il n'en est plus de même, et il faut un examen attentif pour ne pas laisser passer inaperçus les premiers degrés de la difformité.

Il est parfois très difficile d'établir la nature réflexe des déviations de la taille et de reconnaître leur origine. Une exploration minutieuse du malade peut seule permettre de formuler un diagnostic exact. On doit d'abord s'assurer qu'il existe réellement une déviation de la colonne vertébrale et que la déformation n'est pas due simplement à une attitude vicieuse du malade.

Pour résoudre cette question, il sera bon de procéder à l'examen de la façon suivante : le malade étant complètement déshabillé, les cheveux relevés sur la nuque, les bras croisés au devant de la poitrine, sera debout, le dos placé en pleine lumière.

Placé derrière le dos du malade ainsi disposé et bien éclairé, on peut alors se rendre compte des moindres imperfections existant soit du côté du rachis lui-même, soit du côté du bassin, des épaules et de la cage thoracique.

On examinera successivement la région dorsale et la région lombaire et en traçant la ligne des apophyses épineuses, on verra si elle est oui ou non dans sa rectitude naturelle. Deux cas pourront se présenter : ou bien la série des apophyses épineuses ne présentera pas de courbure sensible ou bien les apophyses épineuses décriront une ou plusieurs courbures.

L'existence de la déformation et le degré d'inflexion établi, il s'agit de rechercher la nature de cette lésion.

Assez souvent une scoliose réflexe a été prise pour un mal de Pott. Il arrive, en effet, qu'une déviation latérale de la colonne vertébrale peut se compliquer de l'existence d'une petite saillie antéro-postérieure constituée par une apophyse épineuse plus saillante. Cette erreur a été commise plusieurs fois. Paulet, en 1877, fut appelé au près d'un enfant de 12 ans qui à la suite de lithiase rénale, présentait une déviation latérale de la colonne vertébrale avec saillie de la première apophyse épineuse. Le diagnostic de mal de Pott avait été posé alors qu'il ne s'agissait que d'une scoliose symptomatique, d'une affection rénale.

Bloch a rapporté une observation à peu près identique. Il s'agissait également d'une scoliose symptomatique d'une lithiase rénale et non d'un mal de Pott, diagnostic posé au début.

Besson, en 1886, a publié une observation d'abcès périnéphrétique chez un enfant de 11 ans, avec crises douloureuses et déviation du rachis pris pour un mal de Pott. Dans ce cas, il s'agissait également d'une scoliose réflexe.

Cette erreur peut être évitée par un examen minutieux du malade. Dans le mal de Pott, la douleur a un siège fixe, elle est limitée à la vertèbre ou à la région vertébrale atteinte. Cette douleur est sourde, exaspérée par tous les mouvements du rachis, continue, diurne et nocturne. Plus la pression directe est forte, plus la douleur est violente ; elle s'irradie en ceinture et dans les membres inférieurs.

Dans les déviations d'origine réflexe, il n'y a pas de douleurs du côté de la colonne vertébrale : on peut percuter avec force sur les apophyses épineuses de la colonne déviée, sans éveiller aucune part le moindre phénomène douloureux. On note également l'absence de troubles nerveux à distance : paraplégie, contracture des membres inférieurs, troubles de la sensibilité.

Dans les cas d'abcès périnéphrétique, l'ostéomyélite vertébrale pourrait induire en erreur. La douleur fixe, réveillée par la pression, exagérée par les mouvements, la rapidité de l'évolution des accidents, les douleurs vives, les phénomènes généraux, empêcheront toute confusion.

Les courbures du rachis d'origine réflexe sont en général peu accentuées, à petit rayon, sans courbure de compensation ; leur courbure varie à des périodes rapprochées, s'accroissant au moment des crises douloureuses et dispa-

raissant parfois complètement lorsque la douleur a cessé.

Les courbures d'origine réflexe ne sont pas permanentes et cessent quand les muscles sont en résolution complète. Elles disparaissent lorsque le malade est soumis à l'anesthésie chloroformique.

Le mode d'apparition des courbures d'origine réflexe est essentiellement variable ; il peut se faire brusquement au cours d'une crise douloureuse, ou bien la déviation s'établit d'une façon insidieuse, alors que les symptômes douloureux existent depuis quelques jours et ce n'est qu'à l'occasion d'un examen approfondi du malade que l'on s'aperçoit d'une inflexion anormale de l'épine dorsale ou de la saillie de deux ou trois apophyses épineuses.

Une fois la nature réflexe de la déviation de la taille bien établie, il s'agit de savoir à quelle affection on peut rapporter cette déformation, et ici l'examen du malade ne doit pas seulement porter sur les signes extérieurs de la courbure, mais sur les organes que l'on suppose être la cause de la douleur qui a déterminé la contraction réflexe. Si l'on est en présence d'une déviation dorsale, on pourra songer à une affection thoracique ; si la déviation est dorso-lombaire ou lombaire, on pourra songer à une affection de l'utérus, des reins, et, dans ce cas, on devra procéder à l'examen des urines.

Par la palpation, on pourra constater que les muscles sont contracturés, durs et douloureux. Cette contraction s'étend souvent aux muscles de la paroi abdominale.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Le pronostic des déviations du rachis d'origine réflexe est essentiellement favorable, en effet, on a vu par les faits que nous citons qu'elles disparaissent pour la plupart sans laisser de traces, dès que l'affection causale était guérie.

Néanmoins, si elles surviennent chez des enfants affaiblis par des maladies antérieures, elles pourront être le point de départ de déviations permanentes. C'est ainsi qu'une courbure réflexe déterminée par l'existence d'un point de côté continu pourra, principalement chez les petites filles, entraîner une scoliose définitive, car il ne faut pas perdre de vue qu'à l'époque où surviennent le plus ordinairement les déviations réflexes, la colonne vertébrale n'a pas encore complètement achevé son développement.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Nous n'avons pas grand'chose à dire au sujet du traitement des déviations réflexes de la taille, ces courbures étant sous l'influence d'une cause toute passagère, leur mode de traitement ne ressemble en rien à celui des autres courbures du rachis. Ce que l'on devra chercher à guérir en pareil cas, c'est la maladie, point de départ du réflexe qui a déterminé la déformation. Si on est en face d'une affection thoracique, on mettra en œuvre les moyens ordinairement employés dans ces sortes de maladie. Si on a affaire à une maladie du rein, lithiase, abcès périnéphrétique, néphroptose, on traitera la première par les eaux de Contrexéville, les diurétiques, etc..., la seconde par l'incision faite de bonne heure, la troisième par la néphropexie. Dans les cas où l'on soupçonnera la déviation d'être d'origine hystérique, l'hydrothérapie pourra être essayée tout d'abord.

Mais quelle qu'en soit la cause, comme ces déviations sont toujours l'indice d'une certaine laxité de la colonne vertébrale et qu'à l'âge où elles apparaissent, rien n'est plus

fréquent que de voir une scoliose passagère devenir permanente, il sera bon de lutter contre la faiblesse du rachis, par des moyens appropriés. On pourra essayer des exercices de gymnastique destinés à fortifier les masses sacro-lombaires.

CONCLUSIONS

Les scolioses réflexes sont symptomatiques de lésions retentissant sur l'appareil musculaire de la colonne vertébrale.

Les affections rénales peuvent donner lieu à des scolioses réflexes; elles surviennent généralement dans les affections douloureuses du rein :

Abcès périnéphrétique;

Crises de lithiase urique;

Néphroptose compliquée de crise de rétention.

Le mécanisme est celui des autres scolioses réflexes :

1° Parésie des muscles du côté du rein malade;

2° Contracture des muscles du côté du rein malade, d'où deux variétés de scolioses :

1° Scolioses croisées;

2° Scolioses homologues.

Nous avons eu plus particulièrement pour but, dans ce travail, d'attirer l'attention des cliniciens sur l'existence d'une scoliose réflexe d'origine rénale consécutive à la néphroptose. Nous n'avons qu'une observation de ce genre, mais peut-être ne s'agit-il pas d'observation exceptionnelle, ces cas pouvant passer inaperçus.

La réalisation des scolioses réflexes nécessite, en outre de la lésion causale, l'existence d'une prédisposition par troubles neuropathiques. Dans l'observation de M. Dieulafoy, le sujet est une jeune femme frêle, nerveuse, anémiée par deux grossesses rapprochées, ayant présenté en outre de la ptose rénale des accidents de rétention dans le rein déplacé.

Les scolioses réflexes se distinguent à ce fait qu'elles sont susceptibles de disparaître sous l'influence de l'anesthésie générale, sous l'influence de la guérison de la lésion causale.

Vu et approuvé : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
CORNIL.

VU : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERT (E.). — Zur théorie der Skoliose. Analyse dans *Revue d'Orthopédie*, 1892, p. 391.
- *Deutsch. med. Wochenschrift*, 1886, nos 1 et 3.
- BABINSKI. — *Archives de Neurologie*, janvier 1888.
- BALLET. — Soc. méd. des hôpitaux, 8 juillet 1887.
- BESSON. — Etude sur les déviations de la taille d'origine réflexe. *Thèse*, Paris, 1887-1888.
- BOUVIER et P. BOULAND. — *Dict. encycl. des sciences médicales*. Art. Rachis.
- BRISSAUD. — Des scolioses dans les névralgies sciatiques. *Arch. de Neurologie*, janvier 1890.
- BROCA (A.). — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 19 mars 1907.
- BRUNELLI. — La scoliose dans la sciatique. *Archivio d'Orthopedia*, 1891, pp. 141-164.
- CHAPART. — Scoliose par obstruction pharyngo-nasale. *Thèse*, Paris, 1893.
- CHIPAULT. — La scoliose myxœdémateuse. *Médecine moderne*, p. 116.
- La scoliose souple. *Médecine moderne*. Paris, 1903. p. 187.
- DÉLÉARDE. — De la cyphose hystéro-traumatique. *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1902, p. 749.
- DENUCÉ. — La scoliose dite sciatique. *Revue d'Orthopédie*, 1899, p. 345.

- DIEULAFÉ. — Néphroptose et scoliose réflexe. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, n° 10, p. 290.
- DAVID DRUMMOND. — *British medical*, p. 812, 22 novembre 1879.
- GALLAND-GLEIZE. — Du rein mobile et douloureux dans ses rapports avec la colique néphrétique. *Gazette de gynécologie*. Paris, 1982, p. 145.
- GUSSENBAUER. — Ueber ischias scoliotica. *Prager med. Wochenschrift*, nos 17 et 18, 1890.
- GIBNEY. — *American journal of obstet. and diseases of Women and Children* (avril 1876).
- HALLION. — Des déviations vertébrales névropathiques. *Thèse*, Paris, 1892. — *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*. Paris, 1892, p. 136.
- HEISER. — Scoliose des adolescents. *Thèse*, Paris, 1896.
- HERR. — Morphologie et fonction dans le système musculaire de la vie de relation chez l'homme. *Thèse*, Paris, 1888-1889.
- KELSCH. — *New-York med. Record*, avril 1886.
- KIRMISSON. — Article Scoliose dans *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*.
— Des scolioses liées à l'existence de la paralysie infantile. *Revue d'Orthopédie*, juillet 1893, p. 284.
- LANDOIS. — Des déviations du rachis en neuropathologie. *Thèse*, Paris, 1889.
- LAMY. — Scoliose dans la sciatique. *Revue d'Orthopédie*, 1^{er} mai 1891.
- LASSALLE. — Diagnostic de la scoliose et ses rapports avec quelques états pathologiques. *Thèse*, Bordeaux, 1899-1900.
- MIRAILLÉ. — *Revue d'Orthopédie*, 1^{er} septembre et 1^{er} novembre 1896.
- NICOLADONI. — *Wiener med. Presse*, 1886 et 1887.
- PAULET. — Deux cas de lithiase urique avec coliques néphrétiques et déviation spasmodique de la taille pris et traités

- pour un mal vertébral de Pott. *Bulletins et Mémoires de chirurgie*, 23 mai 1877, p. 345.
- PERDU. — La scoliose, sa théorie, son traitement. *Thèse*, Paris, 1902.
- PÉRÉ. — Les courbures latérales normales du rachis humain. *Thèse*, Toulouse, 1900.
- REDARD. — De l'obstruction nasale, principalement par les tumeurs adénoïdes dans ses rapports avec les déviations de la colonne vertébrale et les déviations thoraciques.
- Des déviations de la colonne vertébrale.
- Déviations vertébrales d'origine statique. *Gaz. des maladies infantiles*. Paris, 1902, t. IV, p. 273.
- REMARK. — *Deutsch. med. Wochenschrift*, 1891, n° 7.
- ROUSSEL (Gabrielle). — Etiologie de la scoliose. *Thèse*, Paris, 1902-1903.
- SAINT-GERMAIN (De). — Etude clinique des déviations du rachis. *Bulletin médical*. Paris, 1892, p. 1279.
- TEXIER. — Scolioses sciatiques. *Thèse*, Paris, 1887.
- VIC. — Scolioses hystériques. *Thèse*, Paris, 1892.
- WOLFF (Jul). — La théorie de la pathogénie fonctionnelle des déformations. Traduct. M. Bilhaut. Paris, 1897.

